

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.05.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	████

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

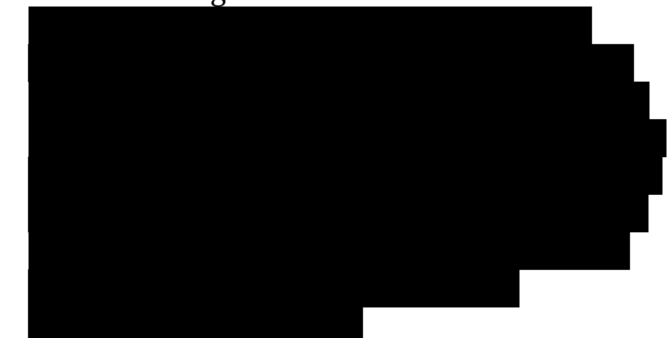
- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - ████
- FG14
  - ████
- FG 32
  - ████
  - ████
  - ████
- FG36
  - ████
- FG37
  - ████
- IBBS
  - ████
  - ████
- Presse
  - ████
- ZIG1
  - ████
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
  -
- BZGA
  - ████

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ○ **Länder mit >70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage**: In den USA sind bisher ca. 1,2 Mio. Fälle aufgetreten, davon ca. 70.000 Todesfälle. Die Epicurve zeigt ein Plateau. In einem in der NY Times erschienenem Artikel werden 200.000 tägliche Neuinfektionen bis Juni geschätzt, was von der Regierung dementiert wurde. Der Anstieg der Fallzahlen in jedem Bundesstaat vom 01. auf den 05.05.2020 zeigt eine deutliche Lageverschlechterung, die mit gelockerten Maßnahmen in den Bundesstaaten einhergeht. Ggf. ist eine 2. Infektionswelle möglich. ○ **Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage**: Es zeigt sich eine Fortsetzung bekannter Trends. Hervorzuheben ist, dass sich in Russland keine Entspannung abzeichnet, aber auch kein zusätzlicher Anstieg eingetreten ist. ○ **Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag**: In Chile ist ein deutlicher Anstieg der täglichen Fälle zu verzeichnen, ebenfalls in Bangladesch, Kolumbien und Nigeria, während die Lage in europäischen Ländern sich entspannt. Zu Nigeria ist eine detaillierte Auswertung geplant. Die aktuellen Abbildungen enthalten eine neue Skalierung, was beim Vergleich mit früheren Auswertungen zu beachten ist. ○ **R eff. Trend für Länder mit >7.000 Fällen/letzte 7 Tage:** In Indien ist trotz restriktiver Maßnahmen ein Anstieg festzustellen. Dies sollte nochmals im Verlauf evaluiert werden. ○ **R eff. Trend für Länder mit 1.400 bis 7.000 Fällen/letzte 7 Tage**: Chile verzeichnet einen deutlichen Anstieg.	ZIG1/alle

- **Länder mit >100 Fällen und einem R eff. >1**: Die Reproduktionszahl für Brasilien nimmt ab, währenddessen sie für Russland moderat ansteigt.

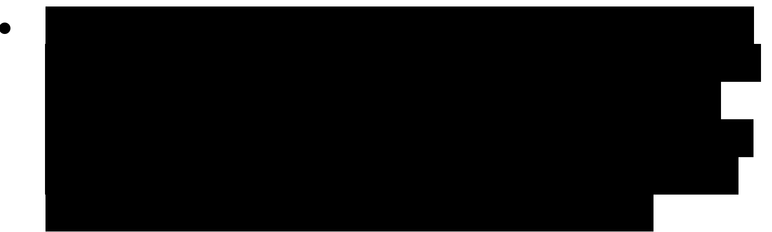
- Detailanalyse: **Chile**
  - Neben Kuba gilt Chile als Vorzeigeland südlich der USA, welches bis März 2020 für sein Krisenmanagement als auch sein im südamerikanischen Vergleich gutes Gesundheitssystem (2,2 Betten/1.000 Einwohner = ca. ¼ von unseren Kapazitäten) gelobt wurde, aber seither wird ein exponentieller Anstieg der Fallzahlen verzeichnet und ein weiterer Anstieg (ggf. mit R Richtung 2) projiziert. Mit heutigem Stand gibt es 20.643 Fälle bei einer geringen Fallsterblichkeit. Seit Mitte April liegt laut WHO in Chile eine Community transmission vor. Die meist betroffenen Regionen sind die Metropolregion sowie Araucania und Magellanes. Der Positivanteil von 9,5% ist im europäischen Vergleich hoch, aber niedrig in Südamerika.
  - Warum ist die Epidemie in Chile bei guten System-Voraussetzungen trotzdem nicht unter Kontrolle? Mögliche Erklärungen wären ein Anstieg der Testungen (aber konstant bei 5.000 bis 10.000 Tests pro Tag geblieben), eine Änderung der Surveillance (tatsächlich werden inzwischen auch asymptomatische Fälle in die offiziellen Meldezahlen integriert, was aber nur etwa 10% des Anstiegs erklären kann; es werden alle Kontakte von Erkrankten gescreent; wenn Kontakt zu einem Fall und CRP+, dann wird dieser Kontakt gezählt) und unzureichende Infektionsschutzmaßnahmen (am wahrscheinlichsten).
  - Bei Auswertung der Epikurve in Hinblick auf politische Maßnahmen wird ersichtlich, dass die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichten bzw. zu kurzzeitig eingesetzt waren (nächtliche Ausgangssperre ab Mitte März vom Zeitfenster 22:00-5:00 unzureichend, Quarantäne ab 25.03.2020 auf 30-40% des Landes beschränkt, Versammlungsverbote nur für Versammlungen mit mehr als 500 Personen, Schließung nicht-essentieller

	Geschäfte nur empfohlen). Innerhalb einer Region gab es unterschiedliche Quarantäne-Verordnungen. Die Maßnahmen erscheinen nicht kohärent und zu kleinteilig und haben zu Verunsicherung der Bevölkerung sowie zu Protesten (mit Teilnahme von mehr als 500 Personen) in der Metropolregion geführt. Zwischenzeitlich war ein Carnet COVID-19 Immunitätspass geplant, der von der WHO abgelehnt wurde; stattdessen gibt es seit 2 Tagen Freilassungsscheine, die die Angabe enthalten, dass eine Quarantäne beendet wurde, und bei denen es Anzeichen gibt, dass sie auf einem Schwarzmarkt gehandelt werden. • Deeskalationsstrategie am Beispiel Frankreichs: In Frankreich wird anhand von 2 Indikatoren eine Ampel-Karte erstellt, die Grundlage für eine Lockerung von Maßnahmen ist, nämlich der Anteil der Personen mit V.a. COVID-19 in Notaufnahmen sowie belegte ICU-Kapazitäten. In grün markierten Gebieten (Südwesten Frankreichs) können Lockerungen durchgeführt werden, in roten (Nordosten Frankreichs) sollen sie beibehalten werden. • In DEU gibt es im Ggs. zu Frankreich keine flächendeckende Notaufnahmen-Surveillance; außerdem verlaufen viele Fälle ambulant; der Indikator der ICU-Kapazitäten hat zudem eine deutliche Latenz von mehreren Wochen, daher stellt er kein Frühparameter dar. Bei den in Frankreich eingesetzten Indikatoren könnten weiterhin hohe Fallzahlen auftreten; die Reduktion auf 2 Indikatoren ist eher gewagt, aber der Ampel-Ansatz ist ansprechend. • Insgesamt zeigt die Diskussion um Chile, dass die Wirksamkeit von Maßnahmen angesichts der Inkubationszeit von SARS-CoV-2 (14 Tage, Median 5 Tage) frühestens nach 1, eher nach 2 Wochen beurteilt werden können. Dieser Zeitrahmen sollte für die Bewertung der Auswirkungen von Maßnahmen berücksichtigt werden. **National** • Fallzahlen/Todesfälle (Folien hier)	Alle FG32

	○ Aktuell 163.860 Fälle (+685), davon 6.831 (+139) verstorben ○ Insgesamt ist trotz des langen Wochenendes kein großer Anstieg im Vergleich zum Wochenende zu verzeichnen. ○ Die bundesweite kumulative Inzidenz nähert sich 200/100.000 Einwohner, was mit der jährlichen Inzidenz ischämischer Schlaganfälle vergleichbar ist. Die Anzahl Verstorbener ist mehr als doppelt so hoch wie die jährliche Anzahl Verkehrstoter in Deutschland. ○ Die bundesweite Reproduktionszahl ist seit gestern leicht gesunken. In der heutigen EpiLag wurde die Änderung der Berechnungsgrundlage diskutiert. ○ In den bereit gestellten Karten zeigt sich bei der 7-Tages-Inzidenz nur 1 LK mit einer Inzidenz von 51-100 Fällen / 100.000 Einwohner (in Thüringen). Ein Zusammenhang mit einem Ausbruch in einem Altenheim liegt vor. ○  ○ Eine neue Tabelle vergleicht Fallinformationen über die Meldewochen. Dabei ist ersichtlich, dass der Mittelwert des Alters über die Meldewochen ansteigt, dabei verzeichnen KW15 und KW16 die ältesten Patienten. Während in KW10 mehr Männer als Frauen betroffen waren, ist dieses Verhältnis in KW18 umgekehrt. Der Anteil hospitalisierter Patienten fiel von 19 % in KW 10 auf 8% in KW11, steigt bis KW16 an und fällt dann ab auf 14%. Die Fallverstorbenenrate ist im Verlauf angestiegen (die Daten für die vergangenen 2 Meldewochen sind diesbezüglich als vorläufig zu werten). ○ Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell knapp 2000 COVID-19 Patienten in	Alle

intensivmedizinischer Behandlung; die Kurve zu Krankenhausstandorten, COVID-19 Fällen und freien High Care Betten hat sich seit gestern nicht wesentlich geändert.

- Die Tabelle zu den übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in einer Einrichtung weist viele Fälle in Einrichtungen § 36 aus, aktuell sind aber noch (?) keine Schulen betroffen (§33). Bei den nach §23 IfSG erfassten, in medizinischen tätigen Einrichtungen Personen zeigen sich keine großen Veränderungen hinsichtlich Geschlecht- oder Altersverteilung. Aus der Abbildung zu übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen geht ein zeitversetzter Kurvenverlauf in den 3 genannten Subgruppen (tätig nach §36 IfSG, tätig nach §23 IfSG, betreut nach §36 IfSG) hervor.
- Hinsichtlich der von [geschwärzt] bereit gestellten Analysen zur Mobilität ist ein deutlicher Einbruch ab Mitte März 2020, dann ein Anstieg der Mobilität ab Anfang April 2020 zu beobachten.

- 
- Ausgehend von der Anzahl hospitalisierter Patienten lässt sich eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten nicht gut schätzen, da der Parameter eher zu niedrig und zudem zeitverzögert ist. Die Gesamtzahl der ICU-Betten wird besser erfasst. Dort wird auch eher ein Engpass zu erwarten sein. Insgesamt ist die Steuerung des Infektionsgeschehens über Versorgungskapazitäten aber risikoreich.
- 
- Mortalitätssurveillance wird im Verlauf der Woche vorgestellt werden.

	• Berechnung des Mittelwerts von R: ist aktuell nicht u berichten, ggf. aber ab Mitte/Ende Mai *ToDo:* Lagezentrum soll klären, inwiefern die pädiatrischen Intensivbetten in die Erhebung bzw. den Bericht des DIVI-Intensivregisters aufgenommen werden; [geschwärzt] wird hinsichtlich des Ausbruchs in SH Beratung anbieten.	
2	**Internationales (nur freitags)** Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** Nicht besprochen	
4	**Erkenntnisse über Erreger** • Das Lagezentrum bittet um Zusendung von Beiträgen zu Studienergebnissen (Studie, ppt-Folie) bis 45 Minuten vor Beginn der Krisenstabssitzung. • Für einen protektiven Effekt von MMR-Impfungen gegen COVID-19 gibt es aktuell keine Anhaltspunkte. • Es werden aktuell Studien durchgeführt, die BCG als protektiven Faktor bei COVID-19 untersuchen, aber Ergebnisse stehen dazu noch aus. • Es wird Interesse an der Einordnung einer koreanischen Studie geäußert, in der eine hohe Zahl an Re-Infektionen berichtet wurden. Die Autoren hätten zwischenzeitlich ihre Ergebnisse relativiert. Zusätzlich ist die Frage der Persistenz und der protrahierten Verläufe der COVID-19-Infektionen von Interesse. *ToDo: Neues aus der Wissenschaft anstelle von Erkenntnisse über Erreger als TOP aufnehmen*	alle
5	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht besprochen	alle
6	**Kommunikation** **BZgA** • [geschwärzt] **Presse**	BZgA Presse

	• Anlässlich des Tags der Händehygiene wurde im gestrigen Bulletin eine Übersicht, u.a. von [geschwärzt], veröffentlicht. • Heute findet ein Webex Seminar mit [geschwärzt] bzgl Nowcasting und Reproduktionszahlen statt.	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein: CDs-Schalte Schwellenwert Inzidenz 35/100.000 Einwohner?** • Die Landesbehörden sind aktuell aufgefordert, einen Bericht zu kommentieren, der die Inzidenz von 35/100.000 Einwohner als möglichen Schwellenwert definiert. Allerdings ist ein einzelner Schwellenwert wenig zielführend, u.a. da die LK unterschiedlich groß (50.000 bis 300.000 Einwohner) sind und das Infektionsgeschehen durch Ausbrüche in Alten- und Pflegeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Indikatoren bereit zu stellen wird aus fachlicher Sicht weitgehend abgelehnt, jedoch werden diese nachdrücklich von politischer Seite eingefordert (eine diesbezügliche Weisung ist jedoch nicht erfolgt). Die genannte Inzidenz kommt aus einer Diskussion zwischen BM Braun und BM Spahn. • [geschwärzt] • Ziel ist grundsätzlich eine Virussuppression zu erreichen, so dass klassische Infektionsschutzmaßnahmen ausreichen. Daher sollten eher Prüfwerte für den ÖGD auf LK-Ebene definiert werden (bei deutlich niedrigeren	Alle FG32

	Inzidenzen, z.B. 5/100.000 Einwohner). Solche Prüfwerte sollten nicht automatisch mit einer Maßnahme wie Schulschließungen verknüpft werden, sondern lediglich der Überprüfung der Lage dienen. [geschwärzt] Eine ähnliche Diskussion wurde bereits in der Deeskalations-AG geführt, mit ebenfalls deutlich niedrigeren Schwellen (2,5/100.000 Einwohner). Prüfsignale sollten möglichst früh einsetzen und könnten auf unterschiedlichen Level (LK, BL, Bund) definiert werden. Letztlich richtet sich die politische Forderung auf eine neue Definition der besonders betroffenen Gebiete, die ursprünglich für die Testkriterien entwickelt wurden. Die 7-Tages-Inzidenz bietet sich dafür an. • Auf Basis der Vorarbeiten der Deeskalationsstrategie-AG sollen Prüfwerte auf LK-Ebene definiert werden. Zusätzlich sollen weitere Prüfwerte für die Landes- und Bundesebene erstellt werden, wenn in einem BL mehr als X LK oder 3 benachbarte LK den Prüfwert überschreiten bzw. wenn mehr als 3 BL die Prüfwerte überschreiten. *ToDo: [geschwärzt] erstellt eine Übersicht bis heute 18 Uhr* **b) RKI-intern** Die Diskussion bezüglich der Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit wird verschoben.	
8	**Dokumente** • Hinsichtlich der Orientierungshilfe für Bürger ist eine Rückmeldung mit geringfügigen Änderungsvorschlägen seitens BZgA eingegangen. • Hinsichtlich des Flussschemas für Ärzte gibt es folgende Änderungen: Alle Personen mit respiratorischen Symptomen sollen getestet werden, zusätzlich solche mit Geschmacks- und/oder Geruchsverlust. • Zur Diskussion steht, ob zwischen Empfehlungen für Testkriterien und Meldepflicht als Verdachtsfall differenziert werden soll. In der Vorlage werden Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall und akuten respiratorischen Symptomen jeglicher Schwere als Verdachtsfall gemeldet, dagegen Personen mit Kontakt zu	IBBS/alle

	einem bestätigten Fall bei jeglichen mit COVID-19-vereinbaren Symptomen nicht. • Angesichts der Weiterentwicklung digitaler Tools zur Kontaktpersonennachverfolgung und frühzeitigen Erkennung von Verdachtsfällen sollte ggf. bei namentlichem Kontakt zu einem bestätigten Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen ebenfalls eine Verdachtsmeldung erfolgen. Wichtig ist aber auch den erhöhten Arbeitsaufwand der niedergelassenen Ärzte bei Änderung der Meldepflicht zu berücksichtigen. Diese können bereits niederschwellig Verdachtsfälle testen. Eine Schätzung der Anzahl möglicher neuer Verdachtsfälle bei Anpassung der Meldeverordnung ist schwierig; Verdachtsfälle werden nicht ans RKI übermittelt. Auch wenn das GA regelmäßig Kenntnis hat, ob Kontaktpersonen symptomatisch werden, so sind einige Personen, die Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall hatten, ggf. nicht erfasst. Nach Abstimmung ist die Mehrheit der Teilnehmenden für eine Änderung des Flussschemas, so dass auch Personen mit Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen als Verdachtsfall meldepflichtig sein sollen. • Der Hinweis „meldepflichtige Verdachtsfälle“ sollte im Layout so platziert werden, dass der Bezug zum roten Kasten deutlicher wird. • Ein Erlassbericht hinsichtlich Testungen ist bereits an BMG versandt worden, einschließlich Information der Bürger über niederschwelliges Testangebot. Abstimmung mit AGI und KBV steht noch aus, so dass aktuelles Dokument noch nicht auf der Webseite erschienen ist. • [geschwärzt] *ToDo:* [geschwärzt] überarbeitet das Flussschema für Ärzte bis morgen. Im Rahmen der heute angesetzten TK Testen in der Pflege wird mit [geschwärzt]/BMG der Bedarf für eine einseitige Synopse aller Empfehlungen eruiert.	
9	**Labordiagnostik** Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	

	• Es wird angefragt, inwiefern das Votum eines Ethikkommittees für Ausbruchsuntersuchungen notwendig ist. Anlass ist die Anfrage eines Pädiaters, der bei Ausbruchsgeschehen in 2 Kitas serologische Untersuchungen bei Kindern durchführen möchte. • Dabei ist eine Unterscheidung zwischen Aufgaben im Rahmen der Diensttätigkeit (abgedeckt durch IfSG) und wissenschaftlichen Studien vonnöten; letztere gehen mit einer ausführlichen Begründung und langen Bearbeitungsdauer einher. Generell sollte bei invasiven Eingriffen ein Ethikvotum eingeholt werden, insbesondere bei Kindern. Allerdings würde eine lange Bearbeitungsdauer, die ggf. aber durch enge Zusammenarbeit mit der Charité verkürzt werden könnte, ggf. die eigentliche Ausbruchsuntersuchung verhindern. Bei Amtshilfeersuchen durch ein GA ist aber davon auszugehen, dass das RKI auch ohne Ethikvotum tätig werden kann, um eine Ausbruchsuntersuchung durchzuführen (analog zu Ausbruchsuntersuchungen bei Masern). Solange die Untersuchung zusammen vom GA und RKI durchgeführt wird, ist sie am ehesten vom IfSG abgedeckt und benötigt kein eigenes Ethikvotum. So ist die aktuelle Ausbruchsuntersuchung in Südsachsen (inkl. einer serologischen Untersuchung) ohne Ethikvotum geplant. • Bei Anfragen zu Ausbruchsuntersuchungen sind auch die entsprechenden Fachgesellschaften miteinzubinden, im vorliegenden Fall die Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. *ToDo:* [geschwärzt] wird die Thematik aufbereiten und Rückmeldung geben.	FG36/L1/ alle
12	**Surveillance** • AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 wird verschoben	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • mdB um Beitrag / Einschätzung bis 06.05. DS; PCR Tests am Flughafen Wien wird verschoben • [geschwärzt] (s. TOP 1 Nationales)	
14	**Information aus dem Lagezentrum**	

	Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • AGI TK • BMG-interner Austausch zum Thema "Testen in der Pflege" auf Fachebene ██████ • Sitzung des interministeriellen Krisenstabes ██████ • Mini-Workshop für interessierte Journalisten zur Reproduktionszahl R / ██████	alle
16	**Andere Themen** Nicht besprochen	
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.05.2020, 11:00 Uhr, via ██████	